

## СИФИЛИС И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015  
УДК 616.5-002.621-036.1-085

## Фагеденический шанкр: случай из практики

Тарасенко Г.Н.<sup>1,2</sup>, Артемьев Е.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ 3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России, 143003, г. Красногорск, Московская область, Россия; <sup>2</sup>кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств Минобрнауки России, 125080, г. Москва; <sup>3</sup>ФГКУ 354 Военный клинический госпиталь Минобороны России, 664001, г. Иркутск

*Приведен случай сифилиса у пациента 26 лет со злокачественным течением в виде фагеденизации твердого шанкра, который может представлять диагностические трудности. При исследовании крови на сифилис выявлены положительные серологические реакции. Диагностирован первичный сифилис половых органов, сифилитический шанкр (A51.0). Такому тяжелому течению сифилитической инфекции способствовали беспорядочные половые связи и злоупотребления алкоголем пациента. После проведенной терапии наступило клинико-серологическое излечение. Приведенный случай, возможно, привлечет внимание к проблеме сифилиса не только дерматовенерологов, но и врачей смежных специальностей.*

Ключевые слова: сифилис; злокачественное течение; фагеденический шанкр; результаты лечения.

Для цитирования: *Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015; 18 (1): 62-64*

## PHAGEDENIC CHANCRE: A CASE HISTORY

Tarasenko G.N.<sup>1,2</sup>, Artemyev E.M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>A.A. Vishnevsky Central Military Clinical Hospital No. 3, 143003, Krasnogorsk, Moscow Region, Russian Federation; <sup>2</sup>Medical Upgrading Institute, Moscow State University of Foodstuff Production, 125080, Moscow, Russian Federation; <sup>3</sup>Military Clinical Hospital No. 354, 664001, Irkutsk, Russian Federation

*A clinical case is presented: a patient (male) aged 26 with malignant syphilis, presented by phagedenic degeneration of the hard chancre, which is difficult to diagnose. Blood testing for syphilis showed positive reactions. Primary syphilis of the genitals and syphilitic chancre (A51.0) were diagnosed. Careless sexual contacts and alcohol abuse promoted a severe course of the syphilitic infection. Therapy led to clinical serological cure. This case is presented to attract the attention of dermatologists and venereologists and of physicians of allied specializations, e. g. urologists, to the problem of syphilis.*

Key words: syphilis; malignant course; phagedenic chancre; treatment results.

Citation: *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2015; 18 (1): 62-64*

Сифилис – хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы, с последовательной сменой стадии болезни, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum*. Этот микроорганизм весьма неустойчив при выращивании *in vitro*, однако агрессивен при проникновении практически в любой орган тела и резистентен даже к массивным дозам антибиотиков. Заболевание поражает практически все органы и системы организма, имитируя другие болезни [1–3].

## Сведения об авторах:

Тарасенко Григорий Николаевич, кандидат мед. наук, доцент (drtarasenko@yandex.ru); Артемьев Евгений Михайлович, зав. кожно-венерологическим отделением.

## Corresponding author:

Tarasenko Grigoriy, MD, PhD, docent (drtarasenko@yandex.ru)

Различают несколько путей передачи инфекции [4]:

- половой;
- трансплацентарный (врожденный сифилис);
- трансфузионный (при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии);
- бытовой (характеризуется большой редкостью);
- профессиональный (заражение сифилисом персонала лабораторий, врачей-клиницистов, работающих с инфицированными материалами, экспериментальными животными и больными).

Сифилис является рецидивирующим заболеванием и характеризуется периодичностью течения. В классическом течении сифилиса различают четыре периода, последовательно сменяющих друг друга: инкубационный, первичный, вторичный и третичный [1, 5, 6].

После инфицирования следует инкубационный период длительностью в среднем 3–4 нед. По его окончании наступает первичный период сифили-



Больной М., 26 лет. Первичный сифилис половых органов. Осложненный сифилитический шанкр (A51.0).  
а – до лечения; б – после лечения.

са, начинающийся с появления первичного аффекта, или твердого шанкра, представляющего собой эрозию или язву. Они имеют ряд типичных для этого заболевания признаков: безболезненность, гладкое ровное дно язвы цвета сырого мяса или испорченного сала, отсутствие воспалительных явлений, наличие уплотнения в основании в виде пластинки или узелка хрящевой плотности [7]. Размеры твердого шанкра варьируют в значительной степени – от 1–3 мм (карликовые шанкры) до 1,5–2 см и более (гигантские шанкры); в среднем диаметр их составляет 5–10 мм [8]. Особенно важную роль размеры и локализация играют при экстрагенитальном шанкре, нередко приводящем к ошибкам в диагностике сифилиса [9].

Иногда наблюдаются осложненные твердые шанкры у больных, страдающих алкоголизмом, туберкулезом, малярией, гиповитаминозом С и другими ослабляющими организм заболеваниями [7]. Причиной осложнений также могут стать неполноценное питание, тяжелый физический труд и состояния, способствующие снижению иммунологической реактивности организма [10]. Для злокачественного течения сифилиса характерно наличие гангренозных и фagedенических шанкров, причиной которых является вторичное инфицирование пиококковой и фузоспириллезной флорой. Фagedенический шанкр характеризуется язвенно-некротическим процессом, развивающимся в тканях, окружающих первичный очаг при сифилисе, и отличающимся от гангренозного прогрессирующим течением, глубоким распадом тканей, распространением процесса по периферии и в глубину, что может приводить к сильным кровотечениям. Нередко в таких случаях диагноз фagedенического твердого шанкра затруднителен, так как бледная трепонема часто не удается обнаружить из-за наличия в материале разнообразных бактерий [10].

Представляет клинический интерес случай осложненного фagedенического шанкра.

Приводим собственное наблюдение.

Больной М., 26 лет, поступил в кожно-венерологическое отделение гарнизонного госпиталя с жалобами на выраженный отек крайней плоти, находящийся за головкой полового члена, невозможность ее закрыть крайней плотью и наличие язв, болезненных при прикосновении.

Заболел около 10 дней с появления небольшого отека крайней плоти, который быстро усилился, появились эрозии, язвы и корочки. Обратился к дерматологу и после осмотра госпитализирован в кожное отделение.

Из анамнеза выяснено, что пациент злоупотребляет алкоголем. В течение нескольких месяцев имел половые связи с малоизвестной женщиной.

При осмотре общее состояние больного удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Наружные половые органы развиты правильно. Отмечаются гиперемия и выраженный отек крайней плоти, в результате которого развился парафимоз. На головке полового члена язвенно-некротический дефект размером 1,5×2 см, покрытый сухой корочкой с геморрагическим компонентом. В области венечной борозды и основания полового члена выраженное уплотнение с язвенными дефектами кожи, мелкие язвенные дефекты на мошонке (см. рисунок, а). При пальпации крайняя плоть значительно инфильтрирована. Паховые лимфатические узлы слева увеличены до 2 см в диаметре, плотноэластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями, подвижные, безболезненные.

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови: гемоглобин 158 г/л, эритроциты  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты  $8,8 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 32 мм/ч. Общий анализ мочи: прозрачная, белок не обнаружен, лейкоциты 1–15 в поле зрения, эпителий плоский 2–3 в поле зрения. Результаты серологических реакций: иммуноферментный анализ (суммарно At, IgM, IgG – положительные), РПГА 4+ (положительная), РМП 4+ (положительная, титр 1:4). Антитела к ВИЧ не обнаружены. Биохимические показатели крови в норме.

После проведенного лечения антибиотиками (пенициллин, цефтриаксон согласно инструкции по лечению сифилиса), витаминами и наружными средствами наступило клинко-серологическое выздоровление (см. рисунок, б).

Таким образом, наше наблюдение показывает наличие осложненного течения сифилиса, в частности парафимоз и фagedенизацию шанкра. Приведенный случай, возможно, привлечет внимание к проблеме сифилиса не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей, например урологов.

## ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилккрест Б.А., Паллер Э.С., Леффель Д.Дж. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике*. Пер. с англ. М.: Изд. Панфилова; БИНОМ; 2013. т. 3: 2129–54.
- [Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrest B.A., Paller A.S., Leffell D.J. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Transl. from Engl. Moscow: BINOM; 2013. т. 3: 2129–54]. (in Russian)
2. Lukehart S.A: Modern syphilis – still a shadow on the land. *West. J. Med.* 1995; 163(6): 587–8.
3. Покровский В.И., ред. *Энциклопедический словарь медицинских терминов*. М.: Медицина; 2001.
- [Pokrovskiy V I., ed. *Encyclopedic dictionary of medical terms*. Moscow: Meditsina; 2001]. (in Russian)
4. Кубанова А.А., Кисина В.И., Блатун Л.А., Вавилов А.М. *Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем*. Руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра; 2005.
- [Kubanova A.A., Kisina V.I., Blatun L.A., Vavilov A.M. *Rational pharmacotherapy skin diseases and infections, sexually transmitted infections: Compedium*. Moscow: Litterra; 2005]. (in Russian)
5. Дмитриев Г.А., Доля О.В., Василенко Т.И. *Сифилис: феномен, эволюция, новации*. М.: БИНОМ; 2010.
- [Dmitriev G.A., Dolya O.V., Vasilenko T.I. *Syphilis: the phenomenon, evolution, innovation*. Moscow: BINOM; 2010]. (in Russian)
6. Сердюкова Е.А., Родин А.Ю., Русинов В.И. Случай третичного активного, раннего скрытого и раннего врожденного сифилиса в одной семье. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2014; 3: 60–2.
- [Serdyukova E.A., Rodin A.Yu., Rusinov V.I. A case with tertiary active, early latent, and early congenital syphilis in one family. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2014; 3: 60–2]. (in Russian)
7. Самцов А.В., Барбинов В.В., Терлецкий О.В. *Сифилис*. Медицинский атлас. – СПб.: Издательство ДЕАН; 2007.
- [Samtsov A.V., Barbinov V.V., Terletskiy O.V. *Syphilis*. Medical atlas. St Peterburg: Publisher DEAN; 2007]. (in Russian)
8. Шапошников О.К., ред. *Венерические болезни*. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1991.
- [Shaposhnikov O.K., ed. *Sexually transmitted diseases*. Guide for physicians. Moscow: Meditsine; 1991]. (in Russian)
9. Кашутин С.Л., Карташова Р.Н., Приб И.Д., Метелица Н.А. Трудности в диагностике сифилиса. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2009; 3: 57–9.
- [Kashutin S.L., Kartashova P.N., Prib I.D., Metelitsa N.A. Difficulties in the diagnosis of syphilis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2009; 3: 57–9]. (in Russian)
10. Коробейникова Э.А., Колодкина О.В., Молоземова О.В. Ошибка в диагностике вторичного сифилиса. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2009; 1: 30–1.
- [Korobeinikova E.A., Kolodkina O.V., Molozemova O.V. Error in the diagnosis of secondary syphilis. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2009; 1; 30–1]. (in Russian)

Поступила 10.12.14  
Received 10.12.14